

Резюме

Инвагинации у взрослых встречаются редко. Наиболее распространенные триггеры инвагинации доброкачественного или злокачественного происхождения и находятся в слизистой. Наиболее распространенным симптомом на презентации является боль. КТ брюшной полости наиболее чувствительный метод визуализации в предоперационной диагностике инвагинации. Методом выбора является хирургическое лечение, но объем резекции определяется интраоперационно.

HEMANGIOMUL ESOFAGULUI

Gheorghe Ghidirim, dr. hab. în med., prof. univ., academician,

Igor Mișin, dr. hab. în med., conf. cercet.,

Andrei Dolghii, dr. în med.,

Elina Șor, asist. univ.

Catedra de Chirurgie nr.1 "Nicolae Anestiadi",
Laboratorul de Chirurgie Hepato-Bilio-Pancreatică,
Universitatea de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Urgentă

Introducere

Hemangiomul esofagului (HE) reprezintă o tumoare benignă vasculară, cu incidență destul de rară [1–10], care poate cauza complicații amenințătoare pentru viață prin dezvoltarea hemoragiei sau obstrucției [1, 3, 11–15]. Actualmente sunt descrise până la 100 de cazuri de hemangiom al esofagului în literatura mondială de specialitate [2, 5].

Prezentăm un caz clinic cu hemangiom al esofagului la o pacientă în vârstă de 41 de ani, care a fost rezolvat prin scleroterapia endoscopică.

Caz clinic. Bolnava în vârstă de 41 de ani a fost internată într-un mod planificat cu diagnosticul: varicele esofagiene gr. III. La internare pacienta prezenta acuze la dureri retrosternale moderate periodice, ce apar în timpul mesei. La examinarea endoscopică inițială (figurile 1A, 1B), în treimea inferioară a esofagului, pe peretele anterior, la o distanță de 4,0 cm de la joncțiunea esofago-gastrică a fost vizualizată o formațiune tumoriformă 5.0 x 4.0 cm, ovală, nodulară, de culoare albastră, de consistență dur-elastică, imobilă, cu închiderea lumenului esofagului cu 50%. Stomacul și duodenul – fără particularități.



Fig. 1A. Formațiune tumoriformă de formă ovală, de culoare albastră (imagine endoscopică).



Fig. 1B. Hemangiom al esofagului, ce închide lumenul esofagului cu 50% (imagine endoscopică).

Examinarea radiologică baritată a relevat prezența unui defect de umplere rotunjit pe o bază largă în treimea inferioară a esofagului, fără întârzierea de evacuare a masei baritate (figura 2).

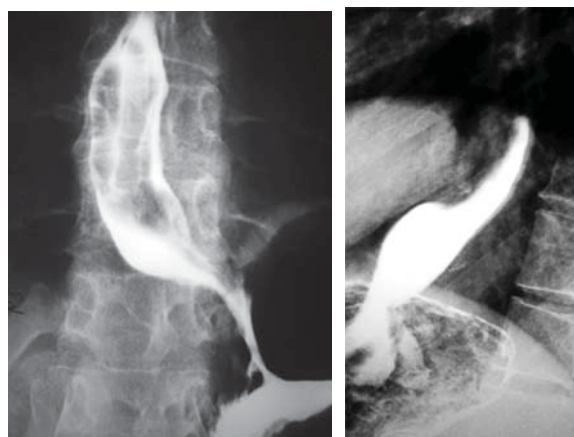


Fig. 2. Defect de umplere rotunjit în treimea inferioară a esofagului.

La tomografia computerizată (TC) s-a depistat o formațiune tumorală în lumenul esofagului (figura 3).



Fig. 3. Formațiune tumorală în esofag.

În baza examinărilor efectuate, a fost diagnosticat un hemangiom al esofagului. S-a efectuat sclerozarea endoscopică a tumorii, folosind 1% sol. aethoxyskleroli („Polidocanol”, Chemische Fabrik Kreussler) cu ajutorul injectorului „DSN-180-7” („Pauldrach”, Germania), care a fost introdus prin canalul pentru biopsie al endoscopului. La prima sesiune, imediat înainte de introducerea preparatului sclerozant, la baza tumorii au fost injectate 250-500 UC de trombină umană, în scopul prevenirii hemoragiei posibile, după ce au fost injectate 4,0 ml 1% sol. sethoxyskleroli în baza și direct în țesutul tumoral, începând de la polul superior (figura 4).

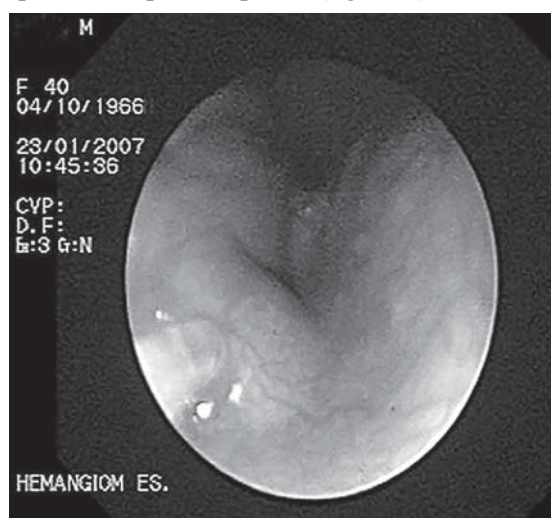


Fig. 4. Injectarea 1% sol. aethoxyskleroli în baza și direct în țesutul tumoral.

După prima etapă, pe suprafața nodului tumoral au apărut semne de inflamație (hiperemie pronunțată, fibrină). Vizual dimensiunile polului superior al he-

mangiomului s-au micșorat. În total au fost efectuate 3 sesiuni, fiecare sesiune endoscopică a constat din 5 proceduri, cu întrerupere de 35–40 de zile. După a treia etapă a sclerozării, dimensiunile hemangiomului s-au micșorat, s-a restabilit lumenul esofagului, la pacientă au disparut complet durerile retrosternale.

Duscuții

Tumorile benigne ale esofagului sunt mai rare decât cele maligne [1, 2, 16]. Moersch și Harrington [19], în baza la 7459 de autopsii, au raportat despre 44 (0,6%) de cazuri cu tumori benigne ale esofagului, iar din acest grup hemangioamele se întâlnesc și mai rar [1, 2, 5, 16 – 19]. Sogabe și coaut. [2] au descris depistarea în Japonia a 83 de pacienți cu hemangiom al esofagului. Cel mai des hemangioamele apar în intestinul subțire și la colon [1, 10, 20]. Conform datelor literaturii, frecvența hemangioamelor esofagului constituie 2–4% [7-9, 18].

Govoni [21] a constatat că treimea inferioară a esofagului este segmentul cel mai frecvent implicat în proces, urmat de partea de mijloc și apoi de treimea superioară. Unii autori raportează că patologia se întâlnește mai des la bărbați [2, 8, 14, 15].

Norris [20] divizează hemangioamele în 3 grupe: cavernoase, capilare și mixte. Majoritatea hemangioamelor sunt mici, variind în dimensiuni de la câțiva milimetri până la 1,0–2,0 cm [1, 20]. Histologic, hemangioamele esofagului reprezintă formațiuni numeroase neregulate dilatate, umplute cu sânge, în mucoasă și submucoasă [1, 10, 20]. De aceea, HE sunt, de obicei, considerate mai degrabă malformații vasculare, decât neoplasme adevărate, și nu sunt ereditare [1, 20]. Loughry [22] a raportat despre prezența hemangioamelor multiple ale esofagului la pacienții cu boala Osler-Weber-Rendu.

Tabloul clinic depinde de dimensiunile hemangiomului [7-9]: formațiunile mici sunt, de regulă, asimptomatice și pot fi diagnosticate accidental, în timpul efectuării FEGDS. Disfagia și hemoragia sunt raportate ca cele mai frecvente simptome [9, 11-15], de asemenea pot fi dureri epigastrice și retrosternale, sufocare și melenă [3, 5, 7, 21]. Hemoragia din tumora vasculară a esofagului poate fi masivă și uneori fatală [5, 9, 11-15]. Hand și coaut. [23] descriu un caz de deces cauzat de obstrucția totală a lumenului esofagului și dezvoltarea pneumoniei prin aspirație.

Diagnosticul se stabilește deseori în baza metodelor radiologice și endoscopice [1, 2, 9]. La radioscopia baritată a esofagului se depistează un defect de umplere de formă ovală sau rotundă [1, 2, 5], însă prin această metodă este dificil de efectuat diagnosticul diferențial între tumorile benigne și cele maligne [2, 3, 21].

Examenul endoscopic demonstrează o formațiune

ne de culoare palid-albăstrui sau violetă, cu mucoasa normală sau cu ulceratii [5, 8, 9, 11]. În ceea ce privește segmentul afectat, astfel de leziuni în partea superioară sau medie a esofagului sugerează prezența hemangiomului. Cu toate acestea, o leziune în treimea inferioară a esofagului poate fi confundată cu varice esofagiene [8]. De aceea, se recomandă biopsia endoscopică, pentru a confirma un diagnostic definitiv [8, 9]. Mulți specialiști refuză însă biopsia, din cauza unui risc crescut de sângerare [6, 8]. Recent au apărut publicații care sugerează că riscul posibil de sângerare după biopsie a fost greșit supraevaluat [4].

Ultrasonografia endoscopică constată o formațiune tumorală cu ecogenitate micșorată, cu implicarea mucoasei și submucoasei, lăsând intact stratul muscular [4, 14, 15].

TC cu contrast și rezonanța magnetonucleară sunt capabile să depisteze o tumoră vasculară cu calcifieri multiple sau flebolite (concremente venoase), ceea ce este caracteristic pentru un hemangiom [3, 4, 8, 15].

În general, tratamentul chirurgical este o metoda de elecție pentru hemangiom (din cauza riscului de hemoragii semnificative [3]) și include esofagectomia (în caz de hemangioame multiple sau de dimensiuni mari) [4], rezecția de esofag sau enucleare a tumorii [1, 2, 5, 9, 21].

Dezvoltarea tehnicilor endoscopice a permis introducerea rezecției mucoasei [2, 5, 10, 24] sau polipectomie [4, 12, 14, 15] pe cale endoscopică în tratamentul hemangioamelor cu dimensiuni mai mici de 2,5 cm sau pedunculare [7, 9, 24]. Cu toate acestea, metoda este limitată, deoarece există riscul de perforare și hemoragie necontrolabilă [1]. De asemenea, în tratamentul hemangioamelor cavernoase cu dimensiuni mici au fost descrise tehnici ablativ alternative, cum ar fi terapia cu laser [13].

Din punct de vedere istoric, scleroterapia a fost utilizată cu succes în tratamentul varicelor esofagiene, ceea ce a condus la ideea de utilizare a acestei tehnici în hemangiomul esofagului [1, 2, 8]. În 1984 Nagasaki [25] a relatat în premieră că scleroterapia este o metodă utilă de tratament pentru hemangiomul esofagian. Conform Nagata-Narumiya și coaut. [1], selectarea oleat de etanolamină este legată de probabilitatea scăzută de apariție a ulceratiilor și a perforației în caz de folosire a acestei substanțe chimice. În plus, scleroterapia împiedică, probabil, hemoragia de la un hemangiom în cursul procedurii endoscopice, deoarece metoda în sine este frecvent utilizată în scopul de realizare a hemostazei în cazuri de hemoragii acute [1]. Cu toate acestea, doar câteva cazuri de hemangiom esofagian tratate prin scleroterapie au fost

documentate până în prezent [1, 8, 25]. Această situație poate fi lămurită prin faptul că metoda dată poate avea un spectru larg de complicații, inclusiv hemoragie acută, formarea ulcerului, dezvoltarea hematoamelor, perforarea sau penetrarea peretelui esofagian, stenoza de esofag [8].

Concluzii. Hemangioma esofagului reprezintă o patologie destul de rară, cu frecvența de 2–4%, și deseori poate fi diagnosticat accidental în timpul examinării radiologice sau endoscopice. Diagnosticul definitiv poate fi stabilit cu ajutorul TC și al biopsiei.

Tratamentul este chirurgical, din cauza posibilei hemoragii majore, în pofida caracterului său benign. Pentru tumori mici (până la 2,5 cm), cu pedicul situat imediat sub mucoasă, excizia endoscopică ar putea fi prima alegere. De asemenea, se recomandă utilizarea scleroterapiei, ce permite prevenirea hemoragiei probabile de la un hemangiom. În cazul tumorilor cu dimensiuni mari se efectuează enucleare a tumorii, rezecție de esofag sau esofagectomie (în caz de hemangioame multiple).

Bibliografie

1. Nagata-Narumiya T., Nagai Y., Kashiwagi H., Hama M., Takifuji K., Tanimura H., *Endoscopic sclerotherapy for esophageal Hemangioma*. Gastrointest Endosc., 2000; 52(2): 285–287.
2. Sogabe M., Taniki T., Fukui Y., Yoshida T., Okamoto K., Okita Y., Hayashi H., Kimura E. et al. *A patient with esophageal hemangioma treated by endoscopic mucosal resection: a case report and review of the literature*. J. Med. Invest., 2006; 53(1-2):177-182.
3. Ghiatas A.A., Chopra S., Escobar B., Esola C.C., Chintapalli K., Dodd G.D. 3rd, *Esophageal hemangioma*. Eur. Radiol., 1997; 7(7): 1062–1063.
4. Kim A.W., Korst R.J., Port J.L., Altorki N.K., Lee P.C., *Giant cavernous hemangioma of the distal esophagus treated with esophagectomy* J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 2007; 133(6):1665-167.
5. Taylor F., Fowler F., Betsill W., Marroum M., *Hemangioma of the Esophagus*. Ann. Thorac. Surg., 1996; 61(2):726-728.
6. Folia M., Naiman N., Dubois R., Ayari S., Froehlich P. *Management of postcricoid and upper esophageal hemangioma*. Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol, 2007; 71(1):147-151.
7. Wu Y.C., Liu H.P., Liu Y.H., Hsieh M.J., Lin P.J. *Minimal Access Thoracic Surgery for Esophageal Hemangioma*. Ann. Thorac. Surg., 2001; 72(5):1754-175.
8. Aoki T., Okagawa K., Uemura Y., Nishioka K., Miyata H., Ukei T., Miyauchi K., Terashima T., Kaneko T., Mizunoya S. *Successful Treatment of an Esophageal Hemangioma by Endoscopic Injection Sclerotherapy: Report of a Case*. Surg. Today, 1997; 27(5):450-452.

9. Chella B., Nosotti M., Baisi A., Lattuada E., Mazzone A., Santambrogio L. *Unusual presentation of a trans-parietal cavernous hemangioma of the esophagus*. Dis. Esophagus, 2005; 18(5):349-354.

10. Elmunzer B.J., Piraka C. *Symptomatic esophageal hemangioma removed by EMR*. Gastrointest. Endosc., 2008; 67(1):173-174.

11. Feist K., Talley N.A., Hunt D.R. *Hemangioma of the esophagus: an unusual cause of upper gastrointestinal bleeding*. JAMA, 1976; 235(11):1146-1147.

12. Ramo O.J., Salo J.A., Bardini R., Nemlander A.T., Farkkila M., Mattila S.P. *Treatment of submucosal hemangioma of the esophagus using a simultaneous video-assisted thoracoscopy and esophagoscopy: description of a new minimally invasive technique*. Endoscopy, 1997; 29(5):S27-8.

13. Shigemitsu K., Naomoto Y., Yamatsuji T., Ono K., Aoiki H., Haisa M., Tanaka N. *Esophageal hemangioma successfully treated by fulguration using potassium titanyl phosphate/yttrium aluminum garnet (KTP/YAG) laser: a case report*. Dis. Esophagus., 2000; 13(2):161-164.

14. Tominaga K., Arakawa T., Ando K., Umeda S., Shiba M., Suzuki N., Watanabe T., Takaishi O., Fujiwara Y., Uchida T., Fukuda T., Higuchi K., Kuroki T. *Oesophageal cavernous haemangioma diagnosed histologically, not by endoscopic procedures*. J. Gastroenterol. Hepatol., 2000; 15(2):215-219.

15. Cantero D., Yoshida T., Ito M., Suzumi M., Tada M., Okita K. *Esophageal hemangioma: endoscopic diagnosis and treatment*. Endoscopy, 1994; 26(2):250-253.

16. Cerri G.G., D'Avila M.B., Magalhaes A.Jr., Chaves M.L., Magalhaes A. *Benign esophageal tumors. Presentation of 12 cases*. Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. Sao Paulo, 1980; 35(3):110-113.

17. Enterline H., Thompsom J. *Nonepithelial tumors*. In: *Pathology of the esophagus*. New York: Springer-Verlag; 1984:172-173.

18. Plachta A. *Benign tumors of the esophagus*. Am. J. Gastroenterol 1962; Dec, 38:639-652.

19. Moersch H., Harrington S. *Benign tumors of the esophagus*. Ann. Otol. Rhinol. Laryngol., 1944;53:800-817.

20. Norris H. *Vascular disorders*. In: Ming S.C., Goldman H., editors. *Pathology of the gastrointestinal tract*. Philadelphia: Saunders; 1992:214-239.

21. Govoni A.F. *Hemangiomas of the esophagus*. Gastrointest Radiol, 1982; 7(2):113-117.

22. Loughry R.W., *Hemangiomas of the esophagus*. Rocky. Mt. Med. J., 1971; 68(7): 37-39.

23. Hanel K., Talley N.A., Hunt D.R. *Hemangioma of the esophagus: an unusual cause of upper gastrointestinal bleeding*. Dig. Dis. Sci., 1981; 26(3):257-263.

24. Yoshikane H., Suzuki T., Yoshioka N., Ogawa Y., Ochi T., Hasegawa N. *Hemangioma of the esophagus:*

endosonographic imaging and endoscopic resection. Endoscopy, 1995; 27(3):267-269.

25. Nagasaki Y., Kobayashi T., Fujii Y., Shimada A., Ando H., Nakamura K. *A case of esophageal hemangioma treated by polidocanol injection therapy (in Japanese)*. Prog. Dig. Endosc., 1984; 24:206-209.

Rezumat

Hemangioma esofagului reprezintă o tumoare benignă vasculară cu incidență destul de rară. Actualmente sunt descrise până la 100 de cazuri în literatura mondială de specialitate. Prezentăm un caz de hemangiom esofagian cu dureri retrosternale, care a fost rezolvat prin scleroterapia endoscopică.

Summary

Esophageal hemangioma is extremely rare among the benign vascular tumors. Fewer than 100 cases have been found in the literature. We report a case of esophageal hemangioma presenting with retrosternal pain, which was resolved with endoscopic sclerotherapy.

Резюме

Гемангиома пищевода – редко встречающаяся доброкачественная сосудистая опухоль. До настоящего времени в мировой литературе описано около 100 случаев гемангиом пищевода. Авторами описан случай эндоскопической склеротерапии при гемангиоме пищевода, манифестирующей за грудиной болями.

MARKERII PANCREATITEI ACUTE

Gheorghe Ghidirim¹, dr. hab. în med., prof. univ., academician AŞ RM

Elena Pleşco¹, asist. univ.,

Sergiu Berliba¹, dr. în med., conf. univ.

Eugeniu Beschieru², dr. în med., cercet. ştiinţ. superior

Diana Chiper¹, rezident

Catedra de Chirurgie nr. 1 „Nicolae Anestiadi”¹,

Laboratorul de Chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară², Universitatea de Stat de Medicină şi

Farmacie „Nicolae Testemiţanu”.

Introducere. Pancreatita acută (PA) este una dintre cele mai severe patologii ale organelor cavităţii abdominale. Datorită debutului acut, gravităţii manifestărilor clinice, pronosticului rezervat, precum şi a unei letalităţi ridicate, patologia respectivă a primit denumirea de „dramă abdominală”, ea fiind încadrată în grupul catastrofelor majore ale organismului (B. Lord Moynihan, 1925).